

ACADÉMIE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE

N^o 20

DE QUELQUES PETITS SIGNES

DES LÉSIONS DU SCIATIQUE ET DE SES BRANCHES

EN PARTICULIER DE

L'AUGMENTATION DU REFLEXE PATELLAIRE

ET DU

SIGNE DE LA FLEXION DU GROS ORTEIL

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 12 Juillet 1916

PAR

Auguste FROMENTEL

EXTERNE DES HOPITAUX DE LILLE

Né à Annezin (Pas-de-Calais), le 24 août 1889

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	RAUZIER, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
		BAUMEL, professeur.		
		GALAVIELLE, agrégé.		
		LAGRIFFOUL, agrégé.		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1916

63 12 18

五

100

DE QUELQUES PETITS SIGNES
DES LÉSIONS DU SCIATIQUE ET DE SES BRANCHES
EN PARTICULIER
DE L'AUGMENTATION DU REFLEXE PATELLAIRE
ET DU
SIGNE DE LA FLEXION DU GROS ORTEIL



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555617_0110

ACADÉMIE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE

N^o 20

DE QUELQUES PETITS SIGNES

DES LÉSIONS DU SCIATIQUE ET DE SES BRANCHES

EN PARTICULIER DE

L'AUGMENTATION DU REFLEXE PATELLAIRE

ET DU

SIGNE DE LA FLEXION DU GROS ORTEIL

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 12 Juillet 1916

PAR

Auguste FROMENTEL

EXTERNE DES HOPITAUX DE LILLE

Né à Annezin (Pas de-Calais), le 24 août 1889

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

{ RAUZIER, professeur. *Président.*
BAUMEL, professeur.
GALAVIELLE, agrégé.
LAGRIFFOUL, agrégé.

{ *Assesseurs.*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1916



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (*).	DOYEN
SARDA.	ASSÉSSEUR
IZARD.	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM. TEDENAT (*).
Clinique médicale	CARRIEU (*).
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (*).
Physique médicale	IMBERT (*).
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (*).
Clinique ophtalmologique.	TRUC (O. *).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DU CAMP.
Anatomie	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthop.	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (*).
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale.	RAUZIER (*).
Clinique obstétricale.	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.	VIRES.
Anatomie pathologique	MASSABUAU (✱)

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET

Doyen honoraire : M. VIALLETON

Prof. hon. : MM. E. BERTIN-SANS (*), HAMELIN (*), GRASSET (O. *)

Secrétaire honoraire : M. GOT

Chargés des Cours Complémentaires

Clinique gynécologique.	MM. DE ROUVILLE, (prof. ad
Accouchements.	PUECH, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, prof. adj.
Pathologie externe	LAPEYRE, a. l. (ch. de c.)
Clinique des malad. des voies urinaires.	JEANBRAU(*), a. l. (ch. de c.)
Clinique ann. des mal. syphil. et cutan.	VEDEL, agr. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire.	SOUBEYRAN, a. l. (c. c.)
Clinique annexe des mal. des vieillards.	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.	P. DELMAS, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. RICHE	MM. J. DELMAS
GRYNFELT	CABANNES	RIMBAUD
LAGRIFFOUL	DERRIEN	ROGER
LEENHARDT	P. DELMAS	ETIENNE
GAUSSEL	EUZIERE	LISBONNE

Examineurs de la Thèse

MM. RAUZIER, <i>prof., présid.</i>		M. GALAVIELLE, <i>agrégé.</i>
BAUMEL, <i>professeur.</i>		LAGRIFFOUL, <i>agrégé.</i>

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS, A MA SŒUR

*restés en pays envahi, dont je
garde un pieux souvenir, à
qui j'adresse mes remercie-
ments émus.*

A MA FIANCÉE

A MES AMIS

A. FROMENTEL.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURICE VILLARET
PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

AU DOCTEUR FAURE-BEAULIEU

A MONSIEUR LE PROFESSEUR COMBEMALE
DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CARLIER
PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUDIER
PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR RAUZIER
PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A MON JURY DE THÈSE

A. FROMENTEL.

AVANT-PROPOS

En terminant nos études médicales, nous avons le devoir d'adresser à nos Maîtres nos remerciements pour les enseignements que nous avons reçus d'eux.

Depuis deux ans déjà nous attendions l'heure où il nous serait donné d'inscrire, en préface de notre thèse, notre reconnaissance envers tous ceux qui ont contribué à faire de nous un médecin. La maladie seule, en nous éloignant des armées où nous avons passé plus de dix mois, nous a permis d'achever ce travail.

Nous ne pouvons penser sans angoisse que, cette thèse, nous aurions dû la soutenir devant les maîtres de notre chère Faculté de Lille, aujourd'hui entre les mains de l'ennemi. C'est avec tristesse que nous songeons qu'en ce jour nous aurions eu près de nous nos chers parents restés dans la cité envahie ; notre pensée va vers eux dont les sacrifices ont fait de nous un homme et vers les maîtres dont la science n'avait d'égale que la bonté. Par delà la ligne de feu, nous leur adressons l'hommage de notre reconnaissance, l'assurance de notre affection et de notre pitié pour ce sol encore foulé par l'envahisseur, en attendant l'heure rédemptrice de la libération.

Mais, exilé du pays natal, il nous est doux d'être consacré médecin dans cette Faculté de Montpellier à l'antique renom.

Nous avons demandé au clair soleil du Midi de nous rendre la santé, aujourd'hui nous sollicitons de maîtres illustres la consécration de nos efforts. Nous avons reçu auprès d'eux l'accueil le meilleur, et la vieille École fut hospitalière à l'étudiant exilé.

Sur la nostalgie de notre cœur, un rayon de soleil a glissé, ce chaud réconfortant et lumineux soleil des cieux méridionaux.

Qu'il nous soit permis de dire aux professeurs, qui nous ont reçu avec tant de bonté, toute notre gratitude. Leur souvenir restera gravé dans notre âme, comme dans notre mémoire repasseront toujours les paysages enchanteurs de cette terre ensoleillée, sœur et rivale en beauté de la Grèce antique.

DE QUELQUES PETITS SIGNES
DES LÉSIONS DU SCIATIQUE ET DE SES BRANCHES
EN PARTICULIER DE
L'AUGMENTATION DU REFLEXE PATELLAIRE
ET DU
SIGNE DE LA FLEXION DU GROS ORTEIL

CHAPITRE PREMIER

ÉTAT DE LA QUESTION D'APRÈS LES
CLASSIQUES

L'histoire de la sciatique commence, en 1764, avec Cotugno, qui baptise cette affection du nom d'*ischias nervosa*, la distinguant nettement des affections voisines, en particulier de celles se rattachant à l'articulation de la hanche, qu'il classe sous le nom d'*ischias arthritica*.

En 1841, avec Valleix et Romberg, la sciatique perd de sa personnalité.

Lasègue, en 1864, nous donne une interprétation plus juste, contrebat les vues de Valleix et de Romberg, suivi dans cette voie par Fernet, Landouzy, qui distingue la sciatique-névralgie et la sciatique-névrite.

Depuis, il est classique de distinguer deux formes de sciatique : la sciatique-névralgie et la sciatique-névrite.

Dans la première, la symptomatologie se réduit à la douleur, soit subjective, soit provoquée, que l'on pourrait encore appeler douleur objective.

Les différentes modalités que revêt la douleur dans la sciatique-névralgie sont décrites dans tous les classiques. Il serait inutile d'insister plus longuement là-dessus.

Ajoutons, cependant, qu'il est classique de rechercher cette douleur, de la contrôler par le signe de Lasègue et les points de Valleix.

Dans la sciatique-névrite, même symptomatologie que dans la sciatique névralgie ; nous avons ici encore le signe de Lasègue et les points de Valleix, auxquels viennent s'ajouter les signes communs à toutes les névrites : troubles de la sensibilité, de la motricité, vaso-moteurs, sécrétoires, trophiques, et les réactions de dégénérescence.

Voilà donc les deux affections bien tranchées : d'une part, nous avons affaire à une névralgie pure ; de l'autre, à une névrite. D'un côté, des phénomènes douloureux, sans altération du nerf ; de l'autre, dégénérescence profonde de celui-ci.

Pourtant la séparation des deux formes n'est pas absolue ; la classification anatomique ne se superpose pas à la division clinique et pronostique de Lasègue. Les symptômes peuvent se combiner, un peu de parésie et d'atrophie musculaire dans une sciatique n'implique pas son incurabilité.

D'autre part, dans ces derniers temps, grâce à des signes que l'on pourrait appeler les petits signes de la sciatique, beaucoup de cas, qui auraient été classés auparavant sciatique-névralgie, sont considérés, à juste titre, comme des sciatiques-névrites légères.

CHAPITRE II

TRAVAUX RÉCENTS SUR LA SÉMÉIOLOGIE RÉFLEXE DES LÉSIONS DU SCIATIQUE EN PARTICULIER, ET DES AUTRES PLAIES DES NERFS EN GÉNÉRAL.

Le besoin d'une symptomatologie plus précise et surtout plus précoce, besoin résultant de la possibilité de la simulation dans toute affection du membre inférieur, à caractère de sciatique, purement névralgique, la nécessité de pouvoir déterminer dans les psycho-névroses associées, si fréquentes dans la pathologie de cette guerre, ce qui est dû à la névrose d'une part, à la névrite d'autre part, se sont imposés à l'attention des neurologistes.

Sicard et Barré marquent un premier pas dans cette voie ; ce dernier auteur dans un article intitulé « Signes objectifs des sciaticques vraies », paru dans la *Presse médicale* du 31 janvier 1916, publie un ensemble de signes qui, d'après lui, suffisent à caractériser une atteinte, légère peut-être, mais réelle du sciatique.

D'autres ont insisté sur les troubles de la trophicité et de la vaso-motricité : striation des ongles (Henri

Claude et Chauvet); atrophie osseuse calcaire des os des extrémités (A. Imbert, Legueu, Henri Claude, Villaret); modification de la sudation provoquée (Henri Claude et Parok); modification de la sudation spontanée (Maurice Villaret); saignements à la piqûre et troubles trophiques à la galvanisation prolongée (Maurice Villaret); hypotrichose et hypertrichose (Maurice Villaret).

La relation entre ces troubles et le degré de lésion du nerf a été établie, précisée. Maurice Villaret paraît avoir montré qu'à l'hypertrichose et l'hyperhidrose correspondaient des modifications de réactions électriques, banales, légères ou nulles, tandis que l'hypotrichose et l'hypohidrose s'accompagnent pour ainsi dire toujours de réactions de dégénérescence.

L'absence de modification de la sécrétion sudorale et du système pileux devrait faire soupçonner une impotence purement névrosique. L'hyperhidrose et l'hypertrichose correspondaient donc à une névrite légère, susceptible de régression, l'hypotrichose et l'hypohidrose à une section complète, définitive, ou à une névrite grave, non susceptible de guérison.

Les troubles qui précèdent sont intéressants à un double point de vue, d'abord parce qu'ils concordent très souvent avec les troubles des réactions électriques, et peuvent, par conséquent, les remplacer, jusqu'à un certain point, dans l'établissement du diagnostic et du pronostic.

Ensuite, parce qu'ils peuvent exister seuls; on peut observer de l'hypertrichose et de l'hyperhidrose, alors qu'il n'existe encore aucun trouble des réactions électriques. Ce sont donc là des signes précoces, dont la valeur diagnostique paraît maintenant bien précisée.

Sicard et Cantaloube, dans le diagnostic de la réalité

de la douleur invoquée au cours de la sciatique, ont attiré l'attention sur l'utilité pratique de la recherche de l'apparition spontanée ou provoquée des contractions fibrillaires, indices de la variation de la contractilité idio-musculaire. L'observation, faite de manière comparative, bilatérale et symétrique, au niveau des masses postérieures de la jambe, montre, dans le cas d'exagération de la contractilité idio-musculaire, des contractions fibrillaires, variables d'intensité, de durée, d'extension.

Sicard et Cantaloube ont aussi étudié la réflectivité neuro-musculaire. On sait que cette réflectivité neuro-musculaire, indépendante de la réflectivité tendineuse, osseuse, cutanée, est un vrai réflexe (Dejérine, Babinski). Il suffit pour l'interpréter d'apprécier l'acte moteur du muscle à distance.

Or, cette réflectivité neuro-musculaire des petits muscles peut être troublée à l'état pathologique, quantitativement ou qualitativement. Elle peut être augmentée, diminuée ou abolie. Elle est augmentée dans certains syndromes d'immobilité (Claude), d'inertie (Dejérine), de passivité (Sicard et Cantaloube), diminuée ou déformée dans les lésions graves des troncs nerveux.

CHAPITRE III

LE REFLEXE PATÉLLAIRE

De même que les différents troubles de la trophicité ont eu besoin d'être précisés dans leur rapport avec l'altération nerveuse pour acquérir une réelle valeur diagnostique, non seulement au point de vue de la réalité de cette altération, mais encore de son degré de gravité, de même il était indispensable de préciser l'état du réflexe patellaire, d'indiquer sa variation suivant le degré de la névrite, sa modalité clinique pour chaque cas.

L'exagération du réflexe patellaire avait déjà été signalée d'une façon épisodique par les classiques, par exemple par Babinski, dans le *Traité de médecine* de Bouchard, en ces termes un peu vagues : « Le réflexe patellaire est exagéré dans certains cas, normal dans d'autres ? »

Plus récemment, par Babinski (*Revue neurologique*, numéros 17-18, mai-juin 1915), chez un blessé par une balle reçue à la partie moyenne de la région postérieure de la cuisse, « il en est résulté une paralysie avec amyotrophie et réaction de dégénérescence de tous les muscles de la jambe et une anesthésie du pied et de la jambe dans le domaine du sciatique ; on constate aussi de

l'atrophie du triceps crural, mais, dans ce muscle, il y a seulement de la subexcitabilité électrique, sans réaction de dégénérescence. Il est enfin à remarquer que le réflexe achilléen est aboli, tandis que le réflexe rotulien est exagéré ».

Maurice Villaret et Faure-Beaulieu ont eu le mérite de montrer que, dans les lésions du sciatique ou de ses branches, le réflexe patellaire est exagéré de façon pour ainsi dire constante.

Ajoutons, cependant, que cette exagération peut, dans certains cas, être masquée par une contraction des antagonistes du quadriceps fémoral. Cette exagération se constate à la vue, quand on percute le tendon du quadriceps fémoral : on assiste alors à une réaction du muscle plus vive et plus ample que celle du côté sain.

De son côté, Jumentié a constaté, par l'enregistrement graphique, cette exagération du réflexe patellaire, dont l'intensité exaltée s'oppose, suivant les cas, à la conservation, à l'affaiblissement ou à l'abolition du réflexe achilléen correspondant.

PATHOGÉNIE

Babinski (*Revue neurologique*, nos 17-18, mai-juin 1915), à propos de ces faits, s'exprime de la façon suivante : « Dira-t-on qu'il y a une névrite profonde du sciatique et une névrite superficielle du crural, une névrite de ce dernier genre pouvant produire de la subexcitabilité faradique, jointe à la surréflectivité tendineuse. Je n'accepterais guère une pareille interprétation et je crois plutôt que les troubles observés dans le domaine du crural sont d'une nature toute différente que ceux du sciatique. Ce sont des phénomènes dits réflexes, comparables à ceux

que provoque une lésion osseuse ou articulaire. Il y a donc, en pareil cas, association de deux ordres d'accidents, ayant une symptomatologie toute différente, dont l'évolution ne sera pas la même, et qu'il faut savoir séparer. »

Pour le professeur Grasset, l'exagération du réflexe patellaire ne serait que la conséquence de l'augmentation de la réflectivité tendineuse, due elle-même à l'état psychonévrosique.

Pour nous, avec MM. Maurice Villaret et Faure-Beaulieu, cette exagération est surtout causée par la diminution du tonus des muscles de la face postérieure de la cuisse, en particulier du triceps sural, muscles innervés par le sciatique ou sa branche poplitée interne, tous muscles antagonistes du quadriceps fémoral.

Comme nous le verrons dans les observations que nous rapportons, il peut arriver, en effet, que le réflexe achilléen demeure normal, alors que le réflexe patellaire est déjà exagéré. Ceci ne doit pas nous étonner, car un muscle, bien qu'atteint d'hypotonie, peut garder son réflexe tendineux intact. L'hypotonie et la réflectivité tendineuse, qui souvent marchent de pair, sont cependant deux choses différentes et qui peuvent se dissocier.

CHAPITRE IV

AUGMENTATION DE LA RÉFLECTIVITÉ NEUROMUSCULAIRE. — SIGNE DU GROS ORTEIL.

Si Sicard et Cantaloube ont eu le mérite de signaler les variations de la contractilité ou réflectivité neuro-musculaire, c'est grâce à un signe que Maurice Villaret a appelé signe du gros orteil que cette augmentation de la réflectivité neuro-musculaire, difficile peut-être parfois à apprécier, pourra être facilement décelée cliniquement.

La percussion du tendon d'Achille, quand il y a trouble dans la sphère du sciatique, fait constater en même temps qu'une flexion plantaire affaiblie ou abolie du pied une flexion plantaire plus ou moins ample du gros orteil.

Or, à l'état normal, la percussion du tendon d'Achille ne produit rien de semblable, le gros orteil ne modifiant nullement sa position, tandis que le pied se fléchit; très rarement, il peut cependant arriver, à l'état normal, que l'on assiste à une légère flexion. Pour que ce signe ait de la valeur, il faut donc : 1° une grosse flexion ; 2° une différence nette avec le côté sain ; 3° une exagération simultanée de la réflectivité neuro musculaire.

Voyons maintenant quelle est la technique à employer en clinique pour la recherche de ces différents signes.

Pour rechercher le phénomène de la flexion du gros orteil, la position que l'on pourrait appeler position « d'élection » est le décubitus dorsal, la jambe légèrement fléchie, la cuisse dans l'abduction. Le phénomène de la flexion du gros orteil acquiert plus de netteté si l'on percute le long du bord interne du tendon d'Achille, dans la lèvre postérieure de la gouttière rétro-malléolaire interne, c'est à dire le bord interne du fléchisseur propre du gros orteil, qui, encore en partie charnue à ce niveau, vient dépasser le bord interne du tendon d'Achille. Remarquons encore qu'en cas d'hypotonie extrême du membre inférieur, la secousse imprimée au pied par le marteau percutant le tendon d'Achille peut se transmettre mécaniquement aux orteils et leur imprimer une sorte de nutation passive proportionnelle à leur masse ; il y aura alors apparencé de flexion du gros orteil, bien facile cependant à distinguer du mouvement musculaire actif, plus ample et plus lent.

On recherche le réflexe achilléen sur le malade à genoux sur une chaise ou sur le bord du lit ; il suffit de percuter le tendon d'Achille et d'apprécier le réflexe comparativement avec le côté sain. On peut également percuter le tendon d'Achille, le malade étant assis, le pied reposant par la pointe sur le sol, le talon légèrement surélevé.

Jumentié a ici encore fait appel à l'enregistrement graphique, et constaté, suivant les degrés de la lésion, soit une exagération de la réflectivité neuro-musculaire des jumeaux et l'état normal du réflexe achilléen, soit l'affaiblissement de ce réflexe et l'exagération de la réflectivité neuro-musculaire, soit l'abolition du réflexe avec exagération ou atténuation, voire même l'abolition de la réflectivité neuro-musculaire.

PATHOGÉNIE

L'exagération de la réflexivité neuro-musculaire des jumeaux et des autres muscles innervés par un nerf lésé est de compréhension facile. On sait que la contractilité neuro-musculaire est indépendante de la réflexivité osseuse, tendineuse, cutanée, à tel point qu'il est juste de parler de réflexivité neuro-musculaire, car c'est un vrai réflexe (Dejérine, Babinski). Par suite, il n'est pas surprenant qu'il n'y ait pour un même muscle coexistence de la diminution de la réflexivité tendineuse et de sa réflexivité neuro-musculaire. C'est d'ailleurs normal au cours des paralysies d'ordre périphérique, organique ou non. Ceci résulte des recherches de MM. Sicard et Cantaloube, Pierre Marie et Foix, qui ont étudié à ce point de vue les petits muscles de la main et des pieds.

Le phénomène de la flexion du gros orteil est lié étroitement à la réflexivité neuro-musculaire : nous avons vu qu'il est plus évident, si, au lieu de percuter le tendon d'Achille, on percute le long de son bord interne, dans la gouttière rétro malléolaire interne. Or, ce faisant, on percute le bord interne du fléchisseur propre du gros orteil, qui, encore en partie charnu à ce niveau, vient dépasser le bord interne du tendon d'Achille.

Ce petit signe est donc un réflexe neuro-musculaire. Le fléchisseur propre du gros orteil et le triceps sural reçoivent la même innervation et leur réflexivité neuro-musculaire subit de toute nécessité les mêmes variations dans des circonstances identiques.

Or, comment se fait-il qu'à l'état normal, quand on percute, dans la gouttière rétro-malléolaire interne, à la

fois le fléchisseur propre du gros orteil et le bord interne des jumeaux, on n'assiste qu'à une flexion plantaire du pied non à celle du gros orteil ? Comment se fait-il plutôt qu'il n'y ait pas, à l'état normal, d'écart entre cette flexion plantaire du pied et celle du gros orteil ? Il faut de toute nécessité admettre que, dans la variation de son intensité, c'est la réflectivité neuro-musculaire des petits muscles qui augmente surtout.

D'ailleurs, en percutant le tendon d'Achille, on explore la réflectivité tendineuse qui, en cas de lésion du sciatique, est diminuée ou même abolie, suivant le degré d'altération du nerf, et, par contre-coup, on explore la réflectivité neuro-musculaire du fléchisseur propre du gros orteil, qui est, au contraire, augmentée.

Une conclusion pratique s'impose : dans la recherche de cette réflectivité neuro-musculaire du gros orteil, il faut percuter en haut de la gouttière rétro malléolaire, afin de bien percuter le muscle et non le tendon de ce muscle.

CHAPITRE V

LES SYNDROMES RÉFLEXES : LEUR VALEUR DIAGNOSTIQUE ET PRONOSTIQUE

L'étude de ces quatre symptômes : le réflexe achilléen, le réflexe patellaire, la contractilité neuro musculaire et le phénomène de la flexion du gros orteil montre, qu'entre les diverses associations, il en existe plusieurs types schématiques typiques. D'ailleurs, *a priori*, en se basant sur la pathogénie, il était possible de les dissocier.

I. — Le premier type, représentant la lésion la plus accusée du nerf ou d'une de ses branches, est le suivant :

Le réflexe rotulien exagéré ;

Le réflexe achilléen aboli ;

La réflectivité neuro-musculaire abolie ou très diminuée ;

La flexion du gros orteil abolie.

Ce type correspond à une lésion de névrite complète. On notera en outre : R. D. complètes, anhydrose, hypotrichose.

II. — Le second type sera représenté par le schéma suivant :

Réflexe achilléen aboli ;

Réflexe patellaire exagéré ;

Réflexivité neuro-musculaire exagérée ;

Flexion du gros orteil.

Ce type correspond à une lésion nerveuse grave, cependant moins accusée que dans le précédent.

Les troubles des réactions électriques se traduiront le plus souvent par de l'hypoexcitabilité du nerf et des muscles innervés par ce nerf. On notera le plus souvent de l'hypotrichose et de l'hypohidrose.

III. — Troisième type :

Réflexe achilléen diminué ;

Réflexe patellaire exagéré ;

Réflexivité neuro-musculaire exagérée ;

Phénomène de flexion du gros orteil.

On notera ici de l'hypoexcitabilité légère du nerf et des muscles qu'il innerve. Le système pileux et la sécrétion sudorale seront normaux ou légèrement exagérés. C'est un syndrome réflexe de névrite légère.

IV. Quatrième type. — Réflexe achilléen normal.

Réflexe patellaire exagéré ;

Réflexivité neuro musculaire exagérée ;

Phénomène de flexion du gros orteil.

Les réactions électriques seront le plus souvent normales. On ne trouvera le plus souvent pas de troubles de la sécrétion sudorale ou du système pileux. S'ils existent, ceux-ci seront constitués par de l'hyperhidrose ou de l'hypertrichose légère.

En présence d'un tel syndrome, si fréquent dans les états qualifiés psychonévroses, pourra-t-on nier toute altération névritique ? Tel n'est pas notre avis. Nous avons vu, en effet, ces symptômes coexister avec d'autres signes d'altération nerveuse sérieuse, et, à notre avis, l'ensemble de ces signes doit suffire par sa seule constatation à faire admettre une altération légère, très légère si l'on veut, de la fibre nerveuse, mais réelle.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

G..., vingt-sept ans, plâtrier.

Histoire de la blessure. — Blessé le 26 septembre 1914. Plaie en sétou de la face interne du tiers supérieur du biceps de la cuisse gauche. L'orifice d'entrée est situé au niveau du tendon du biceps, l'orifice de sortie au-dessus de la face interne de l'interligne articulaire du genou. Paralysie immédiate du sciatique poplité externe. Deux mois d'électrothérapie n'amènent aucun résultat.

Opération. — Le sciatique poplité externe présente, au niveau du bord interne du biceps, un nodule adhérent à un autre nodule du sciatique poplité interne plus inférieur. Excision des nodules. Suture des nerfs. Paralysie de la jambe gauche consécutive.

Le 25 novembre 1915, il existe de l'atrophie des muscles du mollet et de la face antérieure de la jambe gauche. Les muscles du pied et des orteils sont paralysés. Anesthésie complète du territoire du sciatique poplité externe et d'une partie du sciatique poplité interne, avec chute presque complète des poils, et anhydrose presque complète dans ces territoires.

Electrodiagnostic. — Premier examen (20 avril 1915). — D. R. complète pour les deux branches du sciatique et leur territoire musculaire ;

Premier examen (29 novembre 1915). — Confirme le précédent.

Réflexivité. — 1° Tendineuse : l'achilléen est aboli, le patellaire est exagéré ;

2° Neuro-musculaire : très diminuée pour les jumeaux de la jambe gauche, qui présentent une secousse très ralentie, très faible, pour les muscles antéro-externes très faibles, nulle pour le pédieux.

Absence du signe du gros orteil.

La mensuration des membres donne : 41 centimètres à gauche, 44 à droite, pour la cuisse ; 35 centimètres à droite, 26 à gauche, pour la jambe.

Diagnostic. — Névrite complète des branches du sciatique.

OBSERVATION II

D.,. (Casimir), vingt-six ans, tailleur.

Histoire de la blessure. — Blessure par balle de fusil, entrée à la partie inférieure de la cuisse en dehors du tendon du quadriceps fémoral, à 1 centimètre et demi au-dessus et en dehors de l'angle supérieur de la rotule.

L'orifice de sortie est situé sur la face externe de la jambe, à 13 centimètres au-dessus de la pointe malléolaire externe.

Suppuration phlegmoneuse pendant quatre mois. Puis, huit mois d'électrothérapie et sept mois de mécanothérapie.

État de la motricité. — Les mouvements de la jambe sur la cuisse sont normaux ; les mouvements du pied sont

limités aussi bien l'extension que la flexion. On voit se contracter les muscles péroniers latéraux et extenseurs. Aucune contraction visible du jambier antérieur. Légers mouvements des orteils, le pied est légèrement tombant, la pointe en dedans, le bord interne plus relevé que l'externe.

Électrodiagnostic. — Inexcitabilité faradique du jambier antérieur, grosse hypoexcitabilité des extenseurs. Contraction presque normale des péroniers latéraux. L'excitation du nerf sciatique poplité externe au courant faradique ne détermine de contraction que dans les péroniers latéraux.

Sensibilité. — A la piqure, légère hypoesthésie sur la partie externe de la jambe et sur le dos du pied.

Réflexivité. 1° Tendineuse: patellaire gauche exagéré, achilléen gauche aboli;

2° Neuro-musculaire exagérée des jumeaux gauches, phénomène de flexion du gros orteil.

Trophicité. — Atrophie de la jambe gauche, surtout marquée au niveau de la loge antéro-externe.

La mensuration des jambes, à 11 centimètres au-dessus de la tête du péroné, donne 31 centimètres à gauche, 37 centimètres à droite.

Diagnostic. — Lésion partielle de névrite du nerf sciatique poplité externe portant probablement sur les rameaux du jambier antérieur et des extenseurs.

OBSERVATION III

G... François, vingt-huit ans, cultivateur.

Histoire de la blessure. — Blessé le 22 septembre 1914 par balle. L'orifice d'entrée est situé entre la crête iliaque

et le grand trochanter gauche. La balle, extraite secondairement après deux tentatives infructueuses, était située au niveau de la partie inférieure de la fesse gauche.

Etat de la motricité. — Mouvements de flexion et d'extension de la cuisse possibles, mais lents et trémulants. L'extension du pied est plus faible que la flexion, qui est bonne.

Les mouvements du gros orteil sont conservés, ceux des autres orteils sont presque nuls.

Le pied est tombant, démarche en steppant.

Electrodiagnostic. — Hypoexcitabilité galvanique pour le jumeau interne du côté gauche et l'extenseur des orteils. Pas de D. R.

Sensibilité à la piqure. Hypoesthésie diffuse.

Réflexivité. — 1° Neuro-musculaire : exagérée, signe de flexion du gros orteil.

2° Tendineuse : achilléen aboli, patellaire exagéré.

Pas d'atrophie musculaire nette.

Diagnostic. — Irritation légère du sciatique gauche.

OBSERVATION IV

F... Eugène, vingt-huit ans, séminariste.

Pas d'antécédents.

Histoire de la blessure. — Blessé à Prosnes par un shrapnell. L'orifice d'entrée est situé sur la face postérieure de la cuisse, à l'union du tiers externe et des deux tiers internes, à 12 centimètres au-dessus du creux poplité.

L'orifice de sortie, qui fut spontané, est situé sur la face antéro-interne de la cuisse, à 20 centimètres du bord

supérieur de la rotule, à peu près contre le corps des adducteurs.

Motricité. — L'extension du pied est à peu près normale, l'extension du gros orteil assez limitée, l'extension des autres orteils à peu près nulle. L'abduction et l'adduction du pied sont conservées. La flexion plantaire du pied diminuée (50 pour 100 environ). Il en est de même de la flexion des orteils. Il n'y a pas de contracture.

L'électrodiagnostic montre l'abolition complète de la contractilité des jumeaux au faradique et au bipolaire, une extrême lenteur dans la contractilité au courant continu. Trois mois après, le seul signe à noter est l'abolition de la contractilité au faradique pour le jumeau interne, coïncidant avec une forte diminution de l'excitabilité du nerf sciatique poplité interne, mais pas de lenteur des contractions, pas de D. R.

Sensibilité. — A la piqure, on note une zone d'hypoesthésie occupant l'extrémité inférieure du membre, à partir d'une ligne croisant obliquement de bas en haut et de dedans en dehors le genou. Du milieu de cette zone, se détachent des zones d'anesthésie plus complète, en particulier dans la région externe du mollet. Hyperesthésie au niveau de la plante du pied.

Réflexivité. — 1° Tendineuse : réflexe patellaire exagéré, achilléen aboli à gauche.

2° Neuro-musculaire : exagérée à gauche. Flexion très nette du gros orteil.

Trophicité. — Il y a de l'atrophie notable de la cuisse (2 centimètres), du mollet (5 centimètres), de la plante du pied gauche.

Phanères. — Hypotrichose sur la face interne du mollet, striation des ongles des orteils.

Vaso-motricité. — Pied un peu cyanosé et froid.

Diagnostic. — Plaie du tronc du sciatique gauche dans le tiers supérieur de la cuisse, ayant intéressé les sciatiques poplités interne et externe. Lésion incomplète et fasciculaire. Amélioration progressive probable.

OBSERVATION V

L. (André), trente-cinq ans, cimentier, caporal au 166^e d'infanterie.

Pas d'antécédents.

Histoire de la maladie. Le malade, qui avait déjà ressenti auparavant des douleurs dans la jambe droite, les a vu s'aggraver, après un séjour au front de quatorze mois.

Il souffre plus dans la position assise que dans la position couchée et debout.

Le malade présente de l'atrophie et de l'hypotonicité musculaire notable : de 4 centimètres.

Léger signe de Lasègue, pas de point de Valleix à l'heure actuelle. Pas de griffe, aucun trouble de la démarche.

L'électrodiagnostic ne révèle aucune modification des réactions électriques.

La sensibilité à la pince, à la piqûre est normale. On note, cependant, une légère hypoesthésie de la plante du pied droit.

Au point de vue de la réflectivité tendineuse, le réflexe patellaire est exagéré, l'achilléen supprimé.

On note le phénomène de la flexion du gros orteil et l'exagération de la réflectivité neuro-musculaire.

Le diagnostic posé est le suivant : sciatique droite par névrite en voie d'amélioration.

Le traitement institué comporte des bains de lumière

et du massage et l'alitement. Sortie par guérison à peu près complète trois mois après.

Cette observation montre le parti que l'on peut tirer de la présence du signe de la flexion du gros orteil. Sans ce signe, en se basant sur l'atrophie et l'abolition du réflexe achilléen, on aurait porté le diagnostic de névrite grave. Il est vrai qu'il n'y a ici aucun trouble des réactions électriques, et, par conséquent, en dehors des causes d'erreur que la recherche de celles-ci comporte, il aurait été facile de pronostiquer l'amélioration, à brève échéance, de la sciatique névrite dont était atteint le malade.

OBSERVATION VI

C... Alfred, vingt-six ans, boucher.

Histoire de la blessure. - Blessé à la forêt de Parroy par un éclat d'obus, ayant traversé la face postérieure de la cuisse gauche, au niveau de la partie moyenne, de bas en haut et de dehors en dedans, a été évacué sur l'hôpital mixte de Castres, où des éclats d'obus, restés au voisinage de l'orifice, sont extraits. La cicatrisation de la plaie est obtenue au bout d'un mois. A ce moment, la jambe est fléchie à angle droit sur la cuisse. Le malade est massé pendant trois mois sans résultat. Evacué sur l'hôpital suburbain le 6 janvier, on lui fait de la mécanothérapie jusqu'au 16 septembre, sans résultat. On tente de vaincre la flexion par une réduction sous chloroforme et l'application d'une gouttière plâtrée, la jambe en extension complète sur la cuisse. Au bout d'un mois, on enlève cette gouttière et on soumet le malade au massage et à la mécanothérapie. Mais la jambe se fléchit de nouveau.

Description de la lésion causale. - L'orifice d'entrée

est caractérisé par une cicatrice en virgule, adhérente aux plans sous-jacents, située sur la partie externe de la face postérieure de la cuisse, à environ 13 centimètres au-dessus du plateau tibial.

L'orifice de sortie, de même forme et de même dimension, est situé 18 centimètres au-dessus du plateau tibial, sur le bord interne de la face postérieure de la cuisse. La cicatrice adhère au muscle de la patte d'oie et au grand adducteur.

Etat de la motricité. — Tous les mouvements de la hanche sont conservés. La flexion de la jambe sur la cuisse est légèrement limitée par rapport au côté opposé. L'extension volontaire de la jambe sur la cuisse ne dépasse guère l'angle droit ; tous les mouvements du pied et des orteils sont possibles et même vigoureux. Cependant, il faut noter l'aspect tombant du pied, la laxité de la cheville, la teinte cyanosée de la peau, l'aspect arrondi et lisse de la plante.

Il n'y a pas de griffe à proprement parler, mais le pied est tombant avec tendance à la flexion légère des orteils.

L'électrodiagnostic montre une légère hypoexcitabilité des branches du sciatique, des muscles de la face postérieure de la cuisse et du mollet.

Au point de vue de la *sensibilité*, on note de l'hypoesthésie dans les territoires des sciatiques interne et externe, de la douleur à la pression des muscles du mollet et du nerf tibial postérieur.

Le réflexe *patellaire* gauche est exagéré, l'*achilléen* gauche aboli.

On note l'exagération de la réflexivité neuro-musculaire, et le signe du gros orteil.

La *mensuration* montre quatre centimètres d'atrophie

musculaire à gauche. La peau est amincie, cyanosée, froide.

Diagnostic. — Impotence fonctionnellé de la jambe gauche, due surtout actuellement à des rétractions et à une contracture des muscles de la face postérieure de la cuisse, mais déterminée au début par une lésion irritative du tronc du sciatique gauche.

Remarque. — Ici encore, on peut penser à une lésion irritative, en se basant sur l'exagération de la réflectivité neuro-musculaire et le signe du gros orteil, malgré la constatation de l'abolition de l'achilléen et de l'atrophie ; ce diagnostic est d'ailleurs confirmé par l'examen électrique.

OBSERVATION VII

M... (Léon), vingt sept ans, voyageur de commerce.

Histoire de la blessure. — Blessé par un éclat d'obus, qui a frappé la fesse gauche et a essaimé une pluie de petits éclats autour du col du fémur ; l'orifice d'entrée est situé à 4 centimètres de l'épine iliaque antérieure et supérieure, à 1 centimètre de la crête. L'orifice de sortie est immédiatement derrière le grand trochanter gauche.

Etat de la motricité. — Trémulation limitée au membre inférieur gauche. Pied bot varus par contracture en extension de tout le membre. Par la flexion forcée, on arrive à plier la jambe sur la cuisse et à amener le talon en contact avec la fesse.

Etat mental et psychisme. — Émotivité considérable.

Démarche. — Possible avec des béquilles, sans appui sur le sol du membre inférieur gauche ; le contact avec le sol de ce membre exagère la trémulation.

Electrodiagnostic. — Hypoexcitabilité du groupe des

péroniers et du jumeau interne. Excitabilité normale du sciatique poplité externe, diminuée du sciatique poplité interne.

Sensibilité. — A la pince, hémianalgésie en botte, hypoalgésie au dessus.

Réflexes. — 1° Tendineux : patellaire exagéré à gauche, achilléen diminué ;

2° Neuro-musculaire : exagéré des jumeaux, flexion du gros orteil ;

3° Cutané : silence plantaire bilatéral ;

4° Pupillaires : normaux.

Troubles vaso-moteurs. — Refroidissement et cyanose du membre inférieur gauche.

La mensuration montre 3 centimètres d'atrophie à la cuisse gauche, 2 cent. 5 à la jambe gauche.

Diagnostic. — Psychonévrose sensitivo-motrice associée.

OBSERVATION VIII

L... (Joseph), vingt-six ans, mécanicien.

Histoire de la blessure. — Blessé par un éclat d'obus, entré à la partie moyenne des jumeaux droits, sorti à la face externe du tiers supérieur de ceux-ci. Impotence fonctionnelle progressive du membre inférieur droit, avec impossibilité absolue des mouvements d'extension. Atrophie musculaire en masse et œdème du pied.

État mental et psychisme. — Émotivité considérable.

État de la motricité. — Diminution des deux tiers de la force du quadriceps crural droit. Pas de diminution de la flexion de la jambe sur la cuisse. Diminution des trois quarts de l'extension du pied sur la jambe et des deux tiers de la flexion de ce pied.

La démarche est essentiellement modifiée par l'absence de bonne volonté du malade. Marche avec deux béquilles, le pied droit tombant.

Électrodiagnostic. — Pas de modification.

Sensibilité. — Hypoesthésie en chaussette pour la sensibilité tactile, thermique, à la piqûre.

Réflexivité. — 1° Tendineuse : le patellaire est exagéré, l'achilléen très diminué ;

2° Neuro-musculaire : flexion du gros orteil, exagération de la contractilité neuro-musculaire des jumeaux ;

3° Cutanée : silence plantaire bilatéral. Les réflexes pupillaires sont normaux.

Trophicité. — Hypotrichose, hypohidrose, refroidissement, cyanose à droite ; la cuisse étendue mesure à droite 45 centimètres, à gauche 47 cent. 5 ; pour la jambe, on trouve 27 cent. 5 à gauche, et 34 centimètres à droite.

Diagnostic. — Psychonévrose associée.

OBSERVATION IX

S... François, trente-trois ans, manœuvre.

Histoire de la blessure. -- Blessé par deux éclats d'obus qui l'ont frappé à la face interne du tiers inférieur du mollet gauche, et à la face interne du tiers inférieur de la cuisse droite.

Le blessé présente un pied bot varus équin avec une limitation très grande des mouvements du pied et des orteils. Il ne peut marcher qu'avec une béquille et une canne sans poser le pied par terre.

Il accuse des douleurs au niveau du pied et des orteils.

Aucun trouble objectif de la sensibilité.

Le réflexe rotulien est exagéré à droite; l'achilléen très diminué.

De ce côté, il y a une notable exagération de la réflexivité neuro-musculaire et flexion du gros orteil.

Par la mensuration, on constate, à droite, 3 centimètres d'atrophie à la cuisse, 6 centimètres au mollet.

Hypotrichose, hyperhidrose, cyanose à droite.

L'électrodiagnostic montre de l'hypoexcitabilité légère pour le long péronier latéral et les jumeaux.

Diagnostic. — Lésion irritative du sciatique avec majoration psychonévrosique.

OBSERVATION X

R... Jean, vingt-quatre ans, étudiant en droit.

Blessé par la chute d'un cheval, tué sous lui, ayant traumatisé la région lombaire gauche. Ne peut s'asseoir à cause de la douleur. Pas de paralysie. Peu à peu se sont développés des troubles de la marche de la jambe gauche, dont le genou s'immobilise en demi-flexion avec déviation du pied en varus. Il vient consulter le centre neurologique de la 16^e région, qui diagnostique une psychonévrose sensitivo-motrice traumatique.

Démarche. — Possible avec deux cannes; le pied gauche ne peut appuyer par terre.

Absence du signe de la flexion combinée et du signe du peaucier.

Electrodiagnostic. — Négatif.

Sensibilité. — Hypoanesthésie diffuse du membre inférieur gauche.

Réflexivité tendineuse: patellaire exagéré à gauche; achilléen diminué.

Neurô-musculaire : augmentée pour les jumeaux à gauche ; flexion du gros orteil.

Cutanée : silence plantaire bilatéral.

Pas de troubles des sphincters. Pas de troubles trophiques ; deux centimètres d'atrophie pour le membre inférieur gauche.

Diagnostic. — Psychonévrose associée.

OBSERVATION XI

P... Alfred, trente-deux ans, cultivateur.

Histoire de la blessure. — A été blessé par une balle, entrée au niveau de la partie interne inférieure du creux poplité droit, sortie au tiers inférieur de la face externe du mollet droit amenant la paralysie immédiate du pied droit. La plaie suppure cinq mois. Ensuite, le malade est soumis, pendant sept mois, à l'électrothérapie et à la mécanothérapie. Il refuse la suture nerveuse.

Motricité. — Pied bot varus équin droit. Les mouvements de la jambe et de la cuisse sont normaux, ceux du pied impossibles, le blessé marche en steppant à droite.

Electrodiagnostic — R. D. partielle des deux branches du sciatique poplité droit.

Sensibilité tactile. — Anesthésie de tout le pied droit.

Réflexivité tendineuse. — Le réflexe patellaire est exagéré à droite, l'achilléen diminué.

Réflexivité neuro-musculaire. — Exagérée à droite ; on note la flexion du gros orteil.

Trophicité. — 6 centimètres d'atrophie à la cuisse droite, 5 centimètres à la jambe droite.

Troubles vaso-moteurs — Cyanose et refroidissement du pied droit.

Diagnostic. — Névrite du sciatique poplité externe et interne droits.

OBSERVATION XII

R... Emile, trente-deux ans, charron.

Histoire de la blessure. — Blessé par un éclat d'obus, entré au niveau de la partie moyenne de la fesse gauche, et qui n'a pu être extrait. La paralysie du pied gauche est apparue immédiatement. Huit mois et demi d'électrothérapie et de mécanothérapie amènent une légère amélioration.

Motricité. — Le pied gauche est un pied bot varus équín. Il n'y a ni paralysie ni parésie de la cuisse et de la jambe. Presque tous les mouvements du pied sont supprimés, sauf ceux d'abduction et d'adduction. Le malade marche en steppant.

L'électrodiagnostic montre de l'hypoexcitabilité légère du tronc du sciatique; R. D. complète du sciatique poplité externe gauche.

Réflexivité tendineuse. — Le réflexe patellaire est exagéré à gauche, l'achilléen très diminué.

Réflexivité neuro musculaire. — Celle-ci est augmentée à gauche. Il y a flexion du gros orteil.

Trophicité. — Atrophie de 4 centimètres à la cuisse et au mollet.

Vaso-motricité. — Refroidissement du pied gauche. Pas de troubles trophiques.

Diagnostic. — Névrite du sciatique gauche.

OBSERVATION XIII

F... Louis, vingt-trois ans, clerc de notaire.

Pas d'antécédents.

Histoire de la blessure. — A été blessé, le 5 octobre 1914, à Ville-sur-Tourbe, par une balle, qui est entrée au niveau de la partie moyenne de la face interne de la jambe gauche et est sortie au niveau du tiers inférieur de la face externe de cette jambe, déterminant immédiatement la paralysie du pied gauche. Un mois et demi d'électrothérapie, un mois de mécanothérapie n'amènent aucune amélioration.

Description de la lésion causale. — Il y a actuellement deux cicatrices presque invisibles, ne s'accompagnant d'aucune adhérence, situées au niveau du tiers inférieur de la face postérieure de la jambe. Cette balle a pu léser le nerf tibial antérieur.

Etat de la motricité. — Pied bot varus équin. Le malade prétend ne pouvoir remuer le pied et les orteils qu'à certains moments, où on peut constater des ébauches de mouvements.

Les mouvements de la cuisse et de la jambe sont normaux. La démarche n'est possible qu'avec des béquilles.

L'électro-diagnostic ne révèle rien de particulier.

Au point de vue de la sensibilité tactile, on note de l'anesthésie diffuse au niveau du pied et de la jambe gauches.

La réflectivité neuro-musculaire est augmentée à gauche; il y a flexion du gros orteil.

Le réflexe patellaire est exagéré à gauche, l'achilléen correspondant aboli.

Trophicité. — Il y a un centimètre d'atrophie à la

cuisse, 2 centimètres et demi au mollet. On note de l'hyphidrose du pied gauche.

Diagnostic. — Névrite légère du nerf sciatique poplitée externe gauche avec psychonévrose surajoutée.

OBSERVATION XIV

S... (Marcel), vingt-cinq ans, instituteur libre.

Pas d'antécédents.

Histoire de la maladie. — Perforation par éclat d'obus de l'os pariétal droit, à intersection de la ligne médiane et d'une ligne verticale passant par la mastoïde; à la suite de cette perforation, le malade perdit connaissance et fut trépané. Une monoplégie crurale apparut à gauche, immédiatement après la blessure. L'état, malgré la trépanation, demeura stationnaire. Une deuxième intervention eut lieu, le 25 mars, pour un abcès probablement extra-cranien. Il n'a suivi aucun traitement de mécanothérapie, ni d'électrothérapie.

Motricité. — Le malade peut à peine soulever le talon au-dessus du plan du lit; cependant, quand il fait effort pour obéir au commandement, on voit se produire une contraction vigoureuse du quadriceps. La force musculaire des divers segments du membre inférieur gauche est considérablement diminuée, et dans une proportion tout à fait inattendue par rapport aux troubles de la marche. Pas de contracture.

Le blessé marche en steppant, sans béquille. Le signe de la flexion combinée, le signe du peaucier sont absents. Pas de crise convulsive, pas de vertige. Il y a 4 centimètres d'atrophie à gauche.

Sensibilité. — 1° Spontanée: le blessé se plaint de

céphalée intéressant surtout la région temporale avec des irradiations sur le dessus de la tête, céphalée augmentée par des travaux intellectuels ;

2° Provoquée : anesthésie en chaussette au toucher, à la chaleur, à la piqure.

Le réflexe patellaire gauche est exagéré, l'achilléen normal ; pas de trépidation épileptoïde, pas de clonus de la rotule ; le réflexe plantaire est normal, l'abdominal est conservé, ainsi que le crémastérien ; les réflexes conjonctival, cornéen, pharyngé sont normaux.

La réflectivité neuro-musculaire est exagérée à gauche.

Le phénomène de la flexion du gros orteil existe.

Diagnostic. — Plaie par balle du pariétal droit ; parésie du membre inférieur gauche par psychonévrose surajoutée, syndrome réflexe d'immobilisation.

CONCLUSIONS

Dans les altérations traumatiques intéressant ou non le tronc du sciatique ou sa branche poplitée interne, en plus de la diminution ou de l'abolition du réflexe achilléen qu'il est de règle de constater, et qui est donnée classiquement comme un des meilleurs signes permettant d'affirmer une lésion organique du nerf, il existe, suivant les degrés de cette lésion, un syndrome réflexe constitué par :

1° L'exagération du réflexe patellaire.

2° L'exagération de la contractilité neuro musculaire des jumeaux.

3° La flexion du gros orteil, sous l'influence de la percussion, le long du bord interne du tendon d'Achille. Ces trois signes peuvent se rencontrer réunis ou dissociés, coexister avec l'absence de modification, la diminution ou l'abolition du réflexe achilléen, suivant le degré de la névrite.

I. — EXAGÉRATION DU RÉFLEXE PATELLAIRE

I. Cette exagération paraît due surtout à l'hypotonie des muscles de la face postérieure de la cuisse.

II. La constatation de cette exagération est précieuse

dans les cas où l'hypotonie peut être difficile à apprécier, où l'atrophie elle-même est masquée par une pseudohypertrophie.

III. Ce signe existe dans les lésions les plus légères et les plus graves. La valeur pronostique en est donc nulle.

IV. La constatation de l'association du signe du gros orteil et de l'augmentation du réflexe patellaire est précieuse en tant que signes non simulables de psychonévrose, revêtant la forme de syndrome douloureux du membre inférieur. Un tel malade peut, en effet, simuler le Lasègue et les points de Valleix.

V. La recherche de ces signes et leur constatation est précieuse en cas d'impossibilité de l'électrodiagnostic, sans compter les causes d'erreur que celui-ci peut comporter. En tout cas, ces signes peuvent toujours être un complément utile à l'établissement du diagnostic et du pronostic.

II. — VALEUR DU SIGNE DE LA FLEXION DU GROS ORTEIL

I. La flexion unilatérale du gros orteil, sous l'influence de la percussion le long du bord interne du tendon d'Achille, est étroitement lié à l'exagération de la contractilité neuro-musculaire du fléchisseur propre du gros orteil.

II. Ce signe a d'autant plus de valeur qu'il n'existe presque pas à l'état normal.

III. L'exagération de la contractilité neuro-musculaire et la constatation de la flexion du gros orteil est un signe de lésion incomplète du nerf.

IV. Coexistant avec des signes de névrite grave, ce signe doit relever le pronostic et faire penser que la lésion est en voie d'amélioration.

III. — CONCLUSION GÉNÉRALE

L'étude des lésions traumatiques du sciatique ou de ses branches a mis en valeur trois signes dont la pathogénie paraît bien élucidée, dont l'importance diagnostique et pronostique n'est pas douteuse.

Ces signes sont également vrais en cas de lésion nerveuse non traumatique et, tandis que, jusqu'ici, il était classique de distinguer avec Landouzy la sciatique névralgie et la sciatique névrite, nous pensons qu'on doit maintenant admettre une forme intermédiaire, répondant, au point de vue anatomo-pathologique, à une névrite très légère, constituée au point de vue symptomatique par l'exagération du réflexe patellaire, l'augmentation de la contractilité neuro-musculaire et le phénomène de la flexion du gros orteil. On ne peut plus évidemment ranger ces cas dans la sciatique névralgie pure, dont le cadre est restreint d'autant. Ce sont ces cas si fréquents en pathologie de guerre, étiquetés tantôt psychonévroses (Grasset), tantôt paralysies réflexes (Babinski), tantôt encore syndrome d'immobilisation (Claude), d'inertie (Dejérine), de passivité (Sicard et Cantaloube). Cette diversité d'appellation atteste l'obscurité de la pathogénie et de la nature exacte de ce type clinique. Raison de plus pour fouiller le plus possible les détails de sa physiologie clinique ; tel a été l'objet de ce travail.

BIBLIOGRAPHIE

- BABINSKI. — *In* Traité de médecine. Bouchard, 1905.
- BABINSKI et FROMENT. — Presse médicale, p. 80, 24 février 1916.
- BARRÉ — Signes objectifs des sciatiques vraies. Presse médicale, p. 46, 31 janvier 1916.
- BOUCHARD (Ch.), VILLARET (G.) et VILLARET (Maurice). — Les modifications du système pileux consécutives aux traumatismes des membres. L'Encéphale, n° 9, septembre 1912.
- CLAUDE (Henri) et CHAUVET (St.) — Séméiologie réelle des sections totales des nerfs périphériques. Paris, Maloine, édit., 1911.
- CLAUDE (Henri) et PORAK (René). — De la décalcification osseuse dans les paralysies des membres. Paris médical, p. 321, 18 septembre 1915.
- CONSOT. — Académie de médecine de Belgique, février 1893.
- DEJÉRINE. — Séméiologie des maladies nerveuses.
- DUBARRY. — Thèse Bordeaux, 1902.
- FERNET. — Archives générales de médecine, 1878.
- GUINON et PARMENTIER. — Archives de neurologie, n° 59.
- HOMOLLE. — Nouveau dictionnaire de médecine et chirurgie pratique.
- IMBERT (Armand) et GAGNIÈRE (J.). — Des atrophies osseuses calcaires consécutives à un traumatisme.
- LAGRELETTE. — Thèse Paris, 1869.
- LANDOUZY. — Archives générales de médecine, 1878.
- LASÈGUE. — Archives générales de médecine, 1864.
- LEGUEU, CLAUDE (Henri) et VILLARET (Georges). — Sur un cas d'atrophie osseuse calcaire consécutive à une névrite.
- PORAK (René). — Les troubles de la sécrétion sudorale dans les lésions tronculaires ou radiculaires du plexus brachial. Bull. et mém. Soc. méd. hôp. de Paris, p. 689, 30 juillet 1915.

ROMBERG. — Lehrbuch der Nervenkrankheiten.

SICARD et CANTALOUBE. — Bull. Soc. méd. hôp., 27 janvier 1916.

SICARD et GASTAUD. — La main ostéoporeuse dans les névrites du médian et du radial.

VALLEIX. — Traité des névralgies. Paris, 1851.

VILLARET (Maurice). — Contribution à l'étude des troubles du système pileux et de la sudation spontanée des membres, au cours des lésions traumatiques de guerre des nerfs périphériques. Bull. Soc. méd. des hôp., 17 déc. 1915.

VILLARET (Maurice) et FAURE-BEAULIEU. — Contribution à la séméiologie réflexe des affections du sciatique. L'exagération du réflexe patellaire ; la flexion du gros orteil. Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp., 7 avril 1916.

Vu et permis d'imprimer,
Montpellier, le 30 juin 1916.

Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé,
Montpellier, le 30 juin 1916.

Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
